Stanford University Library
MAY
25
1905

Aus der chirurgischen Klinik zu Kiel.

Beitrag zur Casuistik der Darmausschaltung.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Bernhard Versé,

approb. Arzt aus Elberfeld.

Kiel 1904.

Druck von H. Fiencke.

Aus der chirurgischen Klinik zu Kiel.

Beitrag zur Casuistik der Darmausschaltung.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Bernhard Versé,

approb. Arzt aus Elberfeld.

Kiel 1904.

Druck von H. Fiencke.

No. 119.

Rektoratsjahr 1903/1904.

Referent: Dr. **Helferich.**

Zum Druck genehmigt:

Dr. **Siemerling,**
z. Z. Dekan.

Meinen lieben Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/beitragzurcasuis0000bern

Im folgenden sei es mir gestattet, über einen Fall aus der Kieler Kgl. chirurgischen Klinik zu berichten, der durch seine klinischen Erscheinungen wie zumal durch erfolgreiche operative Behandlung bemerkenswert, von Herrn Geheimrat Helferich als Thema zu einer Inaugural-Dissertation mir gütigst überlassen wurde. Die Patientin, um die es sich handelt, war im Laufe des Jahres 1903 zweimal mit einer dazwischenliegenden Unterbrechung von 7 Monaten in hiesiger Klinik in Behandlung, und lasse ich die zur Beurteilung des Hauptfalles von wesentlicher Bedeutung erscheinende erste Krankengeschichte vorangehen.

Frida S., 34 Jahre alt, Lehrersfrau. Aufgenommen am 10. II. 1903. J.-Nr. 1638.

Anamnese: Pat. war als junges Mädchen bleichsüchtig. Im 22. Lebensjahre trat eine Magenblutung auf, der bis zum 34. Lebensjahre weitere Blutungen folgten. Die letzte fand statt im Dezember verflossenen Jahres (1902). Seit diesem Zeitpunkt wird Pat. von Magenbeschwerden belästigt. Aufstoßen, wehenartige Schmerzen, harter, langsamer Stuhl sind die hervortretenden Symptome. Zuweilen erfolgt heftiges, von krampfartigen Schmerzen begleitetes Erbrechen. Der Hauptsitz der Schmerzen wird in der rechten Oberbauchgegend angegeben. Pat. will niemals gelb gewesen sein. Stuhl wie Urin zeigen keine Abnormitäten. Pat. hat ein gesundes Kind.

Status: Übermittelgroße, blasse, etwas magere Pat. klagt über Schmerzen in der Magen- und Lebergegend, über

Aufstoßen und Schmerzen nach dem Essen (die auch nachts auftreten). Schleimhäute blaß. Zunge wenig belegt, feucht. Brustorgane ohne pathologischen Befund. Urin frei von Eiweiß und Zucker. Das Abdomen ist leicht aufgetrieben. Dickdarm noch stark mit Kybala gefüllt, weshalb genaue Begrenzung der Organe nicht möglich ist. Der untere Leberrand schneidet den Rippenbogen links in der Mammillarlinie, rechts zwischen Mittel- und Mammillarlinie. Magen reicht anscheinend bis zum Nabel. Rechts neben dem Nabel undeutliche, druckempfindliche Resistenz. Magensaft; die Gesamtacidität beträgt 26. Keine freie HCl, keine Milchsäure. Ein Probefrühstück wird mäßig verdaut. Motorische Funktion des Magens herabgesetzt.

12. II. 03. Während Pat. für weitere Untersuchungen durch Ol. Ricini vorbereitet wird, erfolgen vormittags starke Magenkrämpfe. Erbrechen von nicht butigen, reichlichen Massen. Epigastrium stark druckempfindlich; die Schmerzen ziehen nach der Pylorusgegend hin. Morph.

14. II. Die Magenerscheinungen lassen nach.

15. II. Wegen eingetretener Menses muß die Operation verschoben werden.

19. II. Abdomen seit gestern mäßig aufgetrieben. Die Resistenz rechts neben dem Nabel ist nicht deutlicher zu begrenzen gewesen. Wegen der leicht eintretenden Magenkoliken wird von einer Aufblähung abgesehen.

Behandlung: In Chloroformnarkose medianer Laparotomieschnitt im Epigastrium. Sehr starke Fettentwicklung subcutan, praeperitoneal und am Netz. Magen anscheinend normal, ebenso Leber und Gallenblase. Rechts hinten und unten vom Nabel, an der hinteren Bauchwand, entsprechend der Gegend des Pankreaskopfes, findet sich eine harte, unregelmäßig höckrige, bis 5 cm im Durchmesser haltende Geschwulst, die, an der hinteren Bauchwand fixiert, wenig beweglich ist. Im Netz, am Magen, finden sich zwei derbe Drüsenknoten von carcinomatösem Aussehen. Auf eine Operation wird verzichtet, da auch schon Ascites geringen Grades vorhanden ist. Schließung der Bauchhöhle durch Etagennähte.

Krankheitsverlauf.

25. II. Bisher glatter Heilungsverlauf.

28. II. Wunde per primam geheilt. Entfernung der Nähte. Ganz geringe Temperatursteigerungen.

8. III. Ansteigen der Temperatur bis zum Abend auf 39,0°, die auch durch Antipyreticis nicht zu beeinflussen ist.

10. III. Allgemeinbefinden ist gut. Pat. steht mit Leibbinde auf. Temperatur immer noch etwas erhöht; subjektives Befinden sehr gut.

12. III. Pat. verläßt mit gut geheilter Bauchwunde die Klinik.

Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß es die Erscheinungen eines alten Magengeschwürs sind, die der Pat. die allmählich sich steigernden Beschwerden verursachen und sie schließlich zu radikaler Behandlung die Klinik aufsuchen lassen. Der Befund, der sich nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigte, spricht in keiner Weise dagegen. Daß der inzwischen entstandene Tumor nach hinten und unten vom Magen, die Gegend des Pankreaskopfes einzunehmen scheint, beweist durchaus nicht unbedingt für einen Ausgang von der Bauchspeicheldrüse. Der Verlauf der Krankheit seit den Mädchenjahren der Pat. giebt uns das typische Bild eines chronischen Ulcus ventriculi.

Daß der in den meisten Fällen von Tumoren und Cysten des Pankreas, wie auch bei interstitieller Pankreatitis fast stets auftretende, durch Druck auf den Ductus choledochus erzeugte Stauungsikterus hier von Anfang an gefehlt hat, sei nur erwähnt. Die carcinomatöse Natur des Tumors ist anzunehmen, wenn auch sein primärer Sitz noch nicht ohne weiteres zu bezeichnen ist. Das Fehlen der freien Salzsäure im Magensaft, die herabgesetzte Funktion des Magens selbst, lassen jedenfalls seinen Ursprung — wie so häufig — von dem alten Ulcus wahrscheinlich werden. Das Fehlen der Milchsäure beweist nichts gegen ein Carcinom, wie auch das verhältnismäßig jugendliche Alter der Pat. — 34 Jahre — nicht in Betracht kommen kann.

Am 17. Oktober desselben Jahres sucht Patientin wiederum die Klinik auf. Seit ihrer Entlassung am 12. III. 03 ist anamnestisch folgendes hervorzuheben:

J.-Nr. 1108. Anamnese: Kurz nach ihrer Entlassung bekam Pat. anhaltendes Erbrechen. Mitte Mai traten plötzlich stürmische Erscheinungen eines akuten Ileus auf, die aber nach wenigen Tagen spontan zurückgingen. In den folgenden Monaten war dann das Befinden der Pat. im ganzen leidlich.

Seit 5 Wochen ist dem Erbrochenen blaßgelber Stuhl beigemischt von penetrantem Geruch und weicher Consistenz. Das Erbrochene sieht fast aus wie Kinderstuhl. Pat. hat den ganzen Tag über erbrochen, ist stark abgemagert und mußte infolge ihres Schwächezustandes ständig das Bett hüten. Das Erbrechen verursachte ihr immer starke Schmerzen.

Status: Stark abgemagerte, blaß aussehende Pat. Zunge zeigt sich belegt und trocken. Haut ist sehr trocken. Panniculus adiposus ist keiner vorhanden. — Lungen ohne besonderen Befund; Herztöne leise, aber rein. Puls hart, etwas beschleunigt, regelmäßig. Zahl der Schläge 92.

Abdomen erscheint nicht aufgetrieben. Alte Striae. Im Epigastrium gut geheilte Laparotomienarbe, mäßige Rectusdiastase; Schall im Abdomen in den abhängigen Partien tympanitisch bei leiser Perkussion, unterhalb des Nabels halbmondförmige, jederseits 10 cm nach außen und 6 cm nach abwärts reichende Dämpfung, die bei harter Perkussion tympanitischen Schall giebt. Der untere Leberrand schneidet den Rippenbogen links in der Mammillarlinie, rechts in der Mitte zwischen Mittel- und Mammillarlinie. Epigastrium druckempfindlich. Man fühlt unter dem rechten Rippenbogen, nahe der Mittellinie eine unebene, weiche Resistenz, nach abwärts etwa 1 cm bis oberhalb der Nabelhöhe, nach außen bis 10 cm von der Mittellinie reichend; bei der Atmung verschiebt sie sich ein wenig. Das Abdomen ist angeblich druckempfindlich. Übelriechende Ructus. Pat. erbricht abends und vormittags, zuweilen auch erst nachmittags nach dem Essen sehr reichliche — bis zu 2 Liter — kotige, dünnflüssige, stark übelriechende Massen, ihrem ganzen Aussehen nach aus dem unteren Dünndarm stammend, ohne Beimengung

von gallig gefärbter Flüssigkeit, aber nicht acholisch. Zuweilen ist der vor etwa einer halben Stunde genossene Speisebrei mit den Kotmassen gemischt, zuweilen wird er erst nach der Kotentleerung ausgebrochen. Nach der Magenspülung ergiebt die Magenaufblähung eine Dilatatio ventriculi, die bis auf 4 querfingerbreit unterhalb des Nabels reicht. Aufblähung des Dickdarms vom Rectum aus gelingt nicht; man fühlt darnach das Rectum sehr stark erweitert, eine Striktur ist jedoch nicht abtastbar. Man kann nur 1 Liter Wasser in's Rectum einlaufen lassen.

Behandlung: Am 22. X. Operation. Nach vorhergegangener Morphiuminjection: in Chloroform-Sauerstoffnarkose medianer Laparotomieschnitt zur Freilegung des Magens; das Netz ist mit der Bauchwand verwachsen und muß gelöst werden. Am Magen selbst zeigen sich keine Veränderungen. Das Colon transversum ist sehr wenig gefüllt. Erweiterung der Wunde nach abwärts bis 5 cm unterhalb des Nabels. Das Colon transversum ist an einen unterhalb des oberen horizontalen Astes des Duodenums gelegenen Tumor fixiert, deshalb wird unterhalb des Nabels ein querer Schnitt hinzugefügt, welcher freien Zugang und Einblick gestattet. Das Bild ist nunmehr folgendes: Die mäßig gefüllte Gallenblase ist durch breite, pseudomembranartige Adhaesionen mit dem Duodenum und Colon verwachsen. Sie werden gelöst. Der Tumor sitzt in der Gegend des Pankreas und hat aufs Duodenum wie auf das Colon übergegriffen. Das Colon transversum ist geknickt, stenosiert, das Colon ascendens und das Coecum sind mächtig aufgetrieben, ihre Wandungen stark hypertrophiert. Auch der Proc. vermiformis ist lang, dick und dickwandig. — Der Dünndarm ist relativ leer, wenig mit Gas gefüllt und sieht nicht aus, als wenn die Stauung im Coecum bis weit in den Dünndarm hinaufgereicht hätte. Zudem ist er durch einzelne Adhaesionen an der Bauchwand fixiert. — Nach Lösung der Adhaesionen wird das unterste Ileum 5 cm von der Ileocoecalklappe zwischen 2 Quetschfurchen durchtrennt und jederseits das Ende mittelst Tabaksbeutelnaht eingestülpt und mit Seidensuturen übernäht. Am Colon transversum wird

8 cm unterhalb der Striktur ebenso verfahren und beide Öffnungen in gleicher Weise verschlossen. Es folgt nunmehr die Entero-Colostomie zwischen dem unteren peripher abgeschlossenen Ileumende und dem peripheren Ende des Colon transversum in isoperistaltischer Richtung mit der Naht. (Vorn zwei-, hinten dreischichtig). Vernähen des Schlitzes zwischen Mesenterium, Mesocoecum und Colon transversum durch Catgutknopfnähte, Schließung der Bauchhöhle durch durchgreifende Zwirnknopfnähte. Nur in den rechten Wundwinkel wird ein Mullstreifen eingelegt. Aseptischer Verband.

Krankheitsverlauf. 23. X. Temperatur ist normal, Puls jedoch 132, klein. Pat. hat während der Nacht und des Tages je einmal gebrochen, stößt zuweilen noch auf und sieht sehr matt und elend aus. Per os erhält sie nur Eiswasser. Es wird eine Kochsalzinfusion von 1000 g gemacht, ferner subkutan 100 g steriles Öl injiciert. Ernährungsklystiere, Kampherinjectionen.

24. X. Temperatur Morgens 37,6°, Puls 136. Die Therapie bleibt dieselbe. Der Kochsalzinfusion wird Traubenzucker zugesetzt. Abends Temperatur: 38,8°, Puls 140. Es sind Flatus aufgetreten.

25. X. Temperatur subfebril. Puls 110. Durchfall.

26. X. Es folgen häufige und sehr reichliche Stuhlentleerungen von bräunlichem Aussehen und schleimiger Consistenz. Pat erhält Tannigen.

28. X. Trotz Tannigen und Extract. Opii c. Belladonna dauern die Durchfälle an.

29. X. Es wird Tinct. Opii gegeben.

31. X. Pat. hat nur noch dreimal täglich Stuhlentleerung.

6. XI. Stuhlgang nur durch hohe Opiumdosen (30 Tropf. Tinct. Opii) zurückzuhalten, sonst Durchfall.

10. XI. Auf Darreichung von Decoct. rad. Ratanhiae c. op. erfolgte nur zweimal Stuhl.

17. XI. Pat. außer Bett. Appetit sehr gut. Mit der Arznei nur 2 mal Stuhlgang, sonst öfter. Immer noch kolikartige Anfälle, die nach gurrendem Geräusch verschwinden.

25. XI. Pat. wird entlassen. Noch 2—3 mal Stuhlentleerung, aber keine Diarrhoë. Besserung des Allgemeinbefindens. Appetit gut.

Fassen wir bei Betrachtung dieses Falles zunächst seine Diagnose ins Auge, so konnten die bald nach Entlassung der Pat. wieder auftretenden Beschwerden, in deren Vordergrund das Erbrechen stand, zunächst wohl nur als Wiederholungen der vorher bestandenen und denselben Bedingungen unterworfenen Erscheinungen imponieren. Als letztere jedoch die Form eines chronischen Ileus annahmen, konnte obige Deutung nicht mehr genügen, und die Frage: welche von den außerordentlich verschiedenen Ursachen des Ileus hier vorliege, trat heran. Konnte der bei der Probelaparotomie bereits in einer Stärke von ca. 5 cm im Durchmesser vorgefundene Tumor, dessen Bösartigkeit zwei derbe Drüsenknoten im Netz, am Magen, genugsam dokumentierten, ein so schnelles Wachstum haben, daß er vielleicht durch Comprimierung eines Darmteiles obturierend wirkte? Körte erwähnt die jedenfalls selten auftretende Verengerung des Pylorus oder Duodenums durch Carcinome des Pancreas.

Die im Mai auftretende isoliert dastehende Attaque eines akuten Ileus von wenigen Tagen Dauer schien dafür zu sprechen, daß inzwischen es dem Tumor gelungen sei, durch die Abknickung eines Darmteiles den Grund für jene Erscheinung abzugeben. Für das fast ebenso plötzliche Verschwinden des Anfalles mußte ein spontan erfolgtes wieder Freiwerden des Durchganges angenommen werden.

Abnorme Adhäsionen, ebenfalls häufige Ursachen eines Ileus, wie sie bei der zweiten Eröffnung der Bauchhöhle vorlagen, waren bei der ersten Operation nicht gesehen worden. Erst als in den letzten 5—6 Wochen vor der II. Operation schweres anhaltendes Erbrechen deutlichen, höchst übelriechenden Stuhles auftrat, nahm die Vermutung irgend einer abnormen Communication zwischen Magen und unterem Darmabschnitt greifbare Gestalt an. Es konnte sich z. B. durch eine Perforation an der Stelle des unzweifelhaft bestandenen Ulcus ventriculi nach dem Dickdarm hin, und

zwar nach dem Colon transversum, eine Fistel gebildet haben, wenn auch, was die Diagnose einer solchen direkt sicher gestellt haben würde, die Aufblähung des Magens vom Rectum aus nicht gelang. Die Operation hat uns Aufschluß über das Bild gegeben, welches in der Art, wie der vorliegende Fall es bietet, wohl kaum vorher erkannt werden konnte. Darnach liegen die Verhältnisse folgendermaßen. Es muß eine Verbindung bestehen zwischen Colon transversum und Duodenum; das Colon transversum ist an den bis unterhalb des oberen horizontalen Astes des Duodenum und an dieses selbst herangewachsenen Tumor fixiert, der durch Zerstörung der Darmwände eine Passage herstellt; so gelangt naturgemäß nur wenig Nahrung aus dem Magen in den Dünndarm, der fast ganz ausgeschaltet ist. Daß ein großer Teil des Speisebreies mit den Kotmassen wieder ausgebrochen wurde, erklärt sich aus der so bedeutenden Dilatation des Magens, der eben eine Menge der in seinen so übermäßig erweiterten Fundus gelangten Nahrung garnicht zum Magenausgang schaffen kann.

Die sehr eingreifende Operation hat in unserem Falle in hohem Maaße segensreich gewirkt. Durch die Ausschaltung des Coecum, des ganzen Colon ascendens und des Colon transversum bis unterhalb der Stelle der Striktur und die Vereinigung des peripheren Ileumendes mit dem des Quercolons ist, soweit es überhaupt im Bereich der Möglichkeit lag, der Verdauungstractus wiederhergestellt und somit neue Lebensbedingungen für die bis zum äußersten leidende Pat. geschaffen worden. Nachdem Pat. die Schwäche der ersten Tage überwunden, besserte sich ihr Zustand, wie der Krankheitsverlauf zeigt, verhältnismäßig schnell und schon nach wenigen Wochen verließ sie mit sehr gutem subjektiven Befinden die Klinik. Konnte in einem Falle wie diesem der Eingriff selbstverständlich nur palliativer Natur sein, so ist es gleichwohl freudig zu begrüßen, daß die hohe Ver vollkommnung, zu der die Technik speciell der Darmchirurgie im Verlaufe des letzten Jahrzehnts geführt wurde, es ermöglicht, derartigen qualvollen Zuständen abzuhelfen und einen erträglichen Modus vivendi zu schaffen.

Ähnliche Fälle wie der vorliegende sind wenige in der Literatur mitgeteilt. Leube spricht von der Seltenheit einer Perforation von Carcinomen des Magens nach den Nachbarorganen. Brinton fand diesen Ausgang in 507 Fällen nur 21 mal, also in etwa 4 %. Je nach dem Sitze der Geschwulst wird der Durchbruch nach oben, unten, vorn oder hinten hin stattfinden. Als häufigste Art wird die nach dem Colon transversum angegeben, als deren Folgen Leube das Erbrechen von Faecalmassen, die vom Colon her in den Magen gelangten, oder umgekehrt in der nach unten hin stattfindenden Entleerung noch unverdauter, aus dem Magen direct in den unteren Teil des Darms übergegangener Nahrungsmittel, der sogenannten Lienterie. Der oben beschriebene Fall gehört indirekt in diese Kategorie, da, wie wir sahen, der Effekt derselbe ist, wenn auch die Fistel nicht aus der Wand des Magens selbst, sondern infolge der Lage und Wachstumsrichtung des Tumors erst aus dem Duodenum in das Quercolon überleitet.

Es sei mir gestattet, im folgenden kurz drei Fälle zu beleuchten, die als die einzigen in der mir zur Verfügung stehenden Literatur mitgeteilten, dem beschriebenen angereiht werden mögen.

I. Fall May (Münchener Med. Wochenschrift. 1890, Nr. 21). Es handelt sich um einen 47jährigen, sehr kräftig gebauten Gastwirt, der angiebt, seit einem Jahre stark abgemagert zu sein und an Appetitlosigkeit, Mattigkeit, Gefühl von Spannung im Leibe zu leiden. Stuhl obstipiert, niemals Erbrechen. Die Untersuchung ergab leichte Druckempfindlichkeit im Epigastrium, Leberdämpfung etwas vergrößert, Leber etwas resistenter als normal. Milzdämpfung deutlich vergrössert, kein Ascites, keine Ödeme. Bei dem zugestandenen Potatorium wurde die Diagnose „beginnende Lebercirrhose“ gestellt. Nach Verordnung von Stomachicis hob sich in den nächsten Wochen sein Appetit. Pat. genoß Fleischdiät und fühlte sich wohl und ohne Verdauungsbeschwerden. Ende Januar und Anfang Februar 1889 traten Erbrechen und Diarrhoën auf; Pat. magerte immer mehr ab. Am 21. III. fand reichliches Erbrechen und massen-

hafte Stuhlentleerung statt. Das Erbrechen bestand aus massenhaftem geballtem Kot von brauner Farbe, gleichermaßen wie die Stühle. Dabei bestand weder Meteorismus noch Empfindlichkeit des Abdomens. Es wurde die Diagnose auf ein perforierendes Magengeschwür zum Colon transversum hin gestellt, evtl. auf Perforation eines Magencarcinoms. Nach einer Magenausspülung stand das Erbrechen; kurz nachher trat Stuhldrang auf und es floß die Menge Wasser ab, die vorher bei der Ausspülung nicht mit zurückgekommen war. Die Ausspülungsflüssigkeit hatte stark fäculenten Geruch und war stellenweise mit Kotballen vermischt. Pat. giebt auf Befragen an, daß er glaube, auch schon in den vorhergegangenen Monaten Januar und Februar Kot gebrochen zu haben. Bei einer Luftaufblähung des Mastdarms blähte sich zuerst das S. Romanum und dann sofort der Magen auf, während das Coecum erst später eine geringe Spannung zeigte. Die Stelle der Perforation konnte durch das deutliche Perforationsgeräusch etwas links vom Nabel in der Höhe desselben bestimmt werden. Bald traten auch übelriechende Rectus auf, und die Diagnose konnte als völlig gesichert gelten. Bei der am 7. V. 89 von Professor Angerer ausgeführten Probelaparotomie zeigten sich Magen und Colon durch einen so ausgedehnten Tumor verwachsen (vorher war ein Tumor nie gefühlt worden), daß von jedem operativen Eingriff Abstand genommen wurde. Pat. magerte immer mehr ab und ging Ende des Monats an Aspirationspneumonie zu Grunde. Bei der Sektion fand sich der Magen stark erweitert und mit dem Quercolon innig verwachsen. Beim Aufschneiden zeigte sich im ganzen Pylorusteil und an der rechten Hälfte der großen Curvatur die Wand verdickt, in knollige, erbsen- bis haselnußgroße, zum Teil geschwürig zerfallene Tumoren umgewandelt. Pylorus selbst, ebenso wie Duodenum waren frei. Ungefähr entsprechend der Mitte der großen Curvatur findet sich in der hinteren Magenwand eine für eine große, geballte Mannesfaust leicht durchgängige Perforation in das hier adhaerente Quercolon.

Bei diesem Fall ist vor allem die fast unumstößliche

Gewißheit bemerkenswert, mit der die Diagnose gestellt werden konnte, durch Aufblähung des Colons einerseits, und vor allem durch das rasche Abfließen eines Teiles der Magenausspülungsflüssigkeit per rectum. Die enorme Größe der Perforationsöffnung, wie die Sektion sie ergab, läßt diese Thatsache allerdings sehr erklärlich erscheinen.

Was die chirurgische Behandlung dieses Falles betrifft, so sehen wir klar den unleugbar ganz bedeutenden Fortschritt, der seit jener Zeit auf diesem Gebiete gemacht wurde. Der Berichterstatter dieses Falles fügt, nachdem er gesagt hat, daß er zur Rechtfertigung des Versuches eines operativen Eingriffs wohl kaum Gründe anzuführen brauche, noch ausdrücklich hinzu: „Bei der Wahrscheinlichkeit, daß die Magen-Colonfistel auf Grund eines perforierten Magengeschwürs bestehe, mußte man eben an die Möglichkeit einer Heilung auf operativem Wege denken.

Heute würde, ganz abgesehen davon, daß ein Eingriff bei einem so klar liegenden Falle direkt als indiziert gilt, zweifellos auch hier bei der Größe der Verwachsung eine Darmausschaltung, etwa die des ganzen Quercolons ernstlich in Erwägung gezogen werden.

II. Fall, Elsner. (Aus Boas Poliklinik für Magen-Darmkrankheiten. Centralblatt für Chirurgie 1903 No. 32).

Die Anamnese ist folgende: Patientin hat mit 19 Jahren an Magenkrämpfen und Bluterbrechen gelitten. Bis zum 32. Jahre war sie von Magenschmerzen heimgesucht; während dieses Jahres verloren sich allmählich die Schmerzen, sodaß Pat. während der nächsten 6 Jahre relativ beschwerdefrei war und auch an Körpergewicht zunahm. Mit 38 Jahren stellte sich Erbrechen ein, das von vornherein sehr anhaltend war; das Erbrochene hatte angeblich einen sehr üblen Geruch. Bald traten auch Diarrhoën auf, sodaß Pat. rapide abmagerte. Die Untersuchung des Mageninhaltes ergab die Wahrscheinlichkeit einer Magen-Colonfistel. Derselbe roch intensiv nach Kot und hatte auch das gleiche Aussehen. Der Versuch, gefärbtes Wasser, welches die Patientin trank, durch einen in den Mastdarm eingeführten Schlauch wieder herauszu-

holen, mißlang; ebenso der umgekehrte Versuch, in den Mastdarm eingeführtes Wasser aus dem Magen auszuhebern. Diagnose wird als sicher angenommen. Bei der Operation fand sich ein Loch im Magen, an der hinteren Wand ziemlich hoch gelegen; zu dieser Communicationsstelle zog das Colon transversum an der hinteren Magenwand in die Höhe; den abführenden Schenkel bildete das Colon descendens. Da es aussichtslos erschien, diese Stelle der Operation zugänglich zu machen, so wurde der zuführende (Col. transvers.) und der abführende (Col. descend.) Schenkel durch Tabaksbeutelnaht verschlossen, und der Anfangsteil des Colon transversum (oberhalb des Verschlusses) mit der Flexura sigmoïdea durch eine Anastomose verbunden. — Pat. überstand den schweren Eingriff gut; erholte sich sehr rasch und nach 2 Monaten zeigte sich die Magensekretion völlig normal, die vorher völlig ganz darnieder lag, so daß weder HCl noch Fermente nachweisbar waren. Seitdem sind 3 Jahre verflossen, Pat. auch heute noch beschwerdefrei und in gutem Ernährungszustand; hat guten Appetit, verträgt jede Kost; auch der Stuhlgang ist regelmäßig.

Dieser Fall zeigt so recht den Segen der heutigen Darmchirurgie, und nicht einmal durch totale Ausschaltung, vor der vielleicht noch Scheu bestanden haben mag, sondern nur durch Verschluß des zu- und abführenden Schenkels und darauffolgende Anlegung einer Anastomose zwischen Colon transversum und Flexura sigmoidea wurde dieses schöne Resultat erreicht. Ursprung und Verlanf des Krankheitsprocesses in diesem Fall zeigt große Ähnlichkeit mit unserm eingangs beschriebenen: das Bild des chronischen Magengeschwürs, das aber hier keine maligne Umwandlung erfährt.

III. Fall, Kelling (Centralblatt für Chirurgie, 1903, No. 29)). Die 27jährige Pat. ist seit $2^1/_2$ Jahren krank an Erscheinungen eines Magengeschwürs und einer Magendickdarmfistel mit Übertritt von Darminhalt in den Magen, nicht aber von Mageninhalt in den Darm. Bei der Operation fand sich eine harte Geschwulst an der Flexura lienalis, mit

der hinteren Magenwand hoch im Fundus fest verwachsen. Exstirpation unmöglich, daher totale Ausschaltung des sie enthaltenden Dickdarmteiles; Quercolon mit Colon descendens circulär vernäht. Nach der Operation Zunahme des Körpergewichtes um 12 Pfund. Wegen Wiederholung der Beschwerden nach ca. 1 Jahr nochmals Laparotomie, in der Absicht, falls eine Tuberkulose vorliege, den Magen für eine lokale Behandlung aufzuschneiden und freizulegen, das Duodenum für die Dauer der Behandlung zu verschließen und Pat. durch eine Jejunumfistel zu ernähren. Da sich die Geschwulst als Carcinom herausstellte, wurde von einem radikalen Vorgehen abgesehen. Nach $^3/_4$ Jahr Tod an Entkräftung.

Von der Sektion dieses Falles ist zu bemerken, daß sich zwei spontan entstandene Magen-Dünndarmfisteln fanden, vom Magen aus betrachtet ziemlich im Centrum des krebsigen Geschwürs gelegen. Kelling glaubt, daß ihr Zustandekommen durch Tamponade gelegentlich der ersten Operation begünstigt worden sei.

Überblicken wir diese drei Fälle, so finden wir bei keinem von ihnen den rapiden, schweren Verlauf wie bei dem zuerst beschriebenen Hauptfall. Bei keinem treten die Symptome mit einer solchen Heftigkeit und Hartnäckigkeit auf. Seit Frühling des Jahres, wo sie zuerst in Behandlung war, bis zur zweiten Aufnahme in die Klinik im Herbst, büßt die vordem über 160 Pfund schwere Pat. nach ihrer Angabe 64 Pfund an Körpergewicht ein. Und nun der chirurgische Eingriff war zweifellos bei derselben Patientin bei weitem am schwersten und umfangreichsten. Wurde in dem ersten der drei angeführten Vergleichsfälle an eine Darmausschaltung offenbar überhaupt noch nicht gedacht, so gehen die Eingriffe im zweiten, unserer heutigen Technik ja wesentlich näher gerückten Fall, und noch mehr im dritten wohl entschieden weiter, und der Erfolg hat sie dementsprechend begleitet. War in diesem Falle die unter so schwierigen Verhältnissen ausgeführte Operation so erfolgreich, so läßt ihre weitere Vervollkommnung das Beste erhoffen.

Bis heute, ca. 1½ Monate nach ihrer Entlassung, war der Verlauf des Befindens unserer Patientin folgender: Ungefähr 3 bis 4 Wochen war der Zustand, entsprechend den Verhältnissen, durchaus zufriedenstellend. Die Nahrungsaufnahme war relativ gut, der Stuhlgang regelmäßig. Kein Durchfall. Pat. brachte sogar eine Zeit lang mehrere Stunden des Tages außer Bett zu. Dann aber verschlechterte sich ihr Zustand sichtlich. Häufiges Erbrechen von schwärzlich-grünlichem Aussehen, verschwindend geringe Nahrungsaufnahme brachte sie auf's äußerste herunter. Kotige Beimengung in den Stühlen, sowie faecaler Geruch ist jedoch nie mehr aufgetreten. Es war, wie wir gesehen, die erste Indikation zum Eingriff, der Darmverschluß, glücklich durch die Ileo-Colostomie erfüllt, wenn auch der zweiten, die Communication zwischen Duodenum und Quercolon zu beseitigen nicht genügt werden konnte. Die Ruhigstellung des Tumors jedoch schließlich, durch eine gleichzeitige Gastro-Enterostomie, also hier etwa eine Verbindung zwischen Magen und centralem Dünndarm, konnte leider wegen Schwäche der Pat. und bereits 2½stündiger Dauer der Operation nicht ausgeführt werden. Alsdann wäre das jetzt eingetretene Erbrechen, als dessen Ursache zweifellos die infolge progredienten Wachstums des Tumors stärker werdende Stauung im Duodenum anzusprechen ist, während das Aussehen des Erbrochenen auf Blutungen aus den Geschwürsmassen deutet, noch weiter hinausgeschoben werden.

* * *

Es obliegt mir noch die angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Helferich für die Überlassung des Themas und die Anregung zu dieser Arbeit, sowie Herrn Privatdocenten Dr. Göbell für die liebenswürdige Unterstützung bei derselben meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. v. Ziemssens, Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, Bd. VII, 2te Hälfte. 1876.
2. Real-Encyclopädie der gesamten Heilkunde, Eulenburg, Bd. V.
3. Deutsche Chirurgie, Lieferung 45d. 1898.

Vita.

Verfasser dieser Arbeit, Bernhard Versé, kath. Confession, wurde geboren als Sohn des Kaufmanns Bernhard Versé und seiner Gattin Bertha, geb. Thiel, zu Crefeld. Nach mehrjährigem Besuch der Volksschule zu Elberfeld erhielt er seine wissenschaftliche Vorbildung auf den Gymnasien zu Elberfeld und Brilon i. W., welch' letzteres er Ostern 1895 mit dem Zeugnis der Reife verließ. Er studierte auf den Universitäten zu Würzburg, Freiburg, Bonn und Kiel. Das Tentamen physicum bestand er zu Würzburg. Die klinischen Semester verbrachte er zu Kiel, wo er am 5. Februar 1902 das medizinische Staatsexamen absolvierte. Vom 1. Oktober 1902 bis 1. Oktober 1903 war er Assistenzarzt des Hospitals des Vaterländischen Frauenvereins vom roten Kreuz zu Elberfeld. Das Rigorosum bestand er am 12. Januar 1904 zu Kiel.